

F	Сведения о предпочтениях пациента в отношении других видов лечения (при наличии медицинских показаний)			
	ИНТУБАЦИЯ И ВЕНТИЛЯЦИЯ			
	Отметить один вариант →	<input type="radio"/> См. раздел В на странице 1	<input type="radio"/> Использовать интубацию и вентиляцию, как отмечено в разделе В, но только кратковременно	<input type="radio"/> Не решено <input type="radio"/> Не обсуждалось
	НЕИНВАЗИВНАЯ ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ (например, непрерывное положительное давление в дыхательных путях [CPAP])			
	Отметить один вариант →	<input type="radio"/> См. раздел В на странице 1	<input type="radio"/> Использовать неинвазивную вентиляцию, как отмечено в разделе В, но только кратковременно	<input type="radio"/> Не решено <input type="radio"/> Не обсуждалось
	ДИАЛИЗ			
	Отметить один вариант →	<input type="radio"/> Не проводить диализ	<input type="radio"/> Проводить диализ <input type="radio"/> Проводить диализ, но только кратковременно	<input type="radio"/> Не решено <input type="radio"/> Не обсуждалось
ИСКУССТВЕННОЕ ПИТАНИЕ				
	Отметить один вариант →	<input type="radio"/> Не использовать искусственное питание	<input type="radio"/> Использовать искусственное питание <input type="radio"/> Использовать искусственное питание, но только кратковременно	<input type="radio"/> Не решено <input type="radio"/> Не обсуждалось
ИСКУССТВЕННАЯ ГИДРАТАЦИЯ				
	Отметить один вариант →	<input type="radio"/> Не использовать искусственную гидратацию	<input type="radio"/> Использовать искусственную гидратацию <input type="radio"/> Использовать искусственную гидратацию, но только кратковременно	<input type="radio"/> Не решено <input type="radio"/> Не обсуждалось
Другие предпочтения в области лечения в соответствии с заболеванием пациента и уходом				
<hr/> <hr/> <hr/>				

Подпись ПАЦИЕНТА или представителя пациента G Обязательно Чтобы страница 2 была действительной, нужно отметить один вариант и заполнить каждую строку.	<p>Отметьте ниже один вариант и таким образом укажите лицо, ставящее подпись в разделе G: <input type="radio"/> Пациент <input type="radio"/> Лицо, которому доверено принимать медицинские решения <input type="radio"/> Опекун* <input type="radio"/> Родитель/опекун* несовершеннолетнего</p> <p>Подпись пациента подтверждает, что данная форма была подписана им добровольно и отражает его пожелания и цели относительно лечения, высказанные лицу, поставившему свою подпись в разделе Н. Подпись представителя пациента (обозначенного выше) подтверждает, что данная форма отражает его оценку пожеланий и целей пациента относительно его лечения или, если эти пожелания неизвестны, оценку наилучших интересов пациента. *Опекун может ставить свою подпись только в соответствии с законодательством штата Массачусетс. Проконсультируйтесь с юристом по поводу полномочий опекуна.</p> <p> Подпись пациента (или представителя пациента) _____ Дата подписания _____ ФИО лица, подписавшего документ (разборчиво, печатными буквами) _____ Телефон лица, подписавшего документ _____ </p>
---	---

Подпись МЕДРАБОТНИКА H Обязательно Чтобы страница 2 была действительной, нужно заполнить каждую строку.	<p>Подпись врача, медсестры, допущенной к самостоятельной практике, или фельдшера подтверждает факт того, что данная форма точно отражает содержание их бесед с лицом, поставившим свою подпись в разделе G.</p> <p> Подпись врача, медсестры, допущенной к самостоятельной практике, или фельдшера _____ Дата и время подписания _____ ФИО лица, подписавшего документ (разборчиво, печатными буквами) _____ Телефона лица, подписавшего документ _____ </p>
--	--

Дополнительные инструкции для медицинских специалистов

→ Выполняйте распоряжения, перечисленные в разделах А, В и С и исполняйте предпочтения, приведенные в разделе F до тех пор, пока у врача не появится возможность пересмотреть форму согласно описанной ниже процедуре.

→ Любое изменение данной формы требует предварительной отмены ее действия и подписания новой формы. Чтобы отменить форму, напишите слово «VOID» большими буквами через всю форму с двух сторон. *Если новая форма не будет заполнена, ограничения в отношении лечения не будут считаться документально оформленными и может быть проведен весь комплекс лечебных мероприятий.*

→ Повторно обсуждайте цели пациента, связанные с его предпочтениями в области ухода и лечения по мере прогрессирования заболевания в соответствии с принятыми в клинической практике правилами, при переходе в новое учреждение здравоохранения или на новый уровень обслуживания, а также при изменении предпочтений. Пересматривайте форму по мере необходимости, когда возникает потребность точно отразить предпочтения в лечении.

→ Пациент или лицо, которому доверено принимать медицинские решения (если пациент является недееспособным), опекун* или родитель/опекун* несовершеннолетнего в любое время могут аннулировать форму MOLST и (или) запросить и получить лечение, назначенное по медицинскими показаниям, от которого они отказались ранее. ***Опекун может ставить свою подпись только в соответствии с законодательством штата Массачусетс. Проконсультируйтесь с юристом по поводу полномочий опекуна.**